صناعة التأمين التعاوني كبديل للتأمين التجاري التقليدي "تجربة التأمين الصحي التعاوني بالمملكة العربية السعودية

Cooperative insurance industry as an alternative to traditional commercial insurance "The experience of cooperative health insurance in the Kingdom of Saudi Arabia

مـــــداحي محمد

جامعة البويرة(الجزائر)، البريد الالكتروني : meddahi26@gmail.com

تاريخ الاستلام: 2020/02/06 **تاريخ القبول:** 2020/07/13 **تاريخ النشر:** 2020/12/30

الملخص:

تعد الصناعة التأمينية ضرورة حتمية ضمن هيكل النظام الاقتصادي الحديث، والتي تؤثر بصفة أساسية في حماية الصناعات المالية الأخرى والاقتصاد ككل، وبظهور المؤسسات المصرفية والاستثمارية الإسلامية، فقد احتاجت إلى شركات تحميها من مخاطر العمليات المالية والتجارية التي تمارسها، فظهرت صناعة التأمين التعاوني لتساهم في دعم منظومة الاقتصاد الإسلامي.

كما نجحت صناعة التأمين التكافلي في اقتحام ميدان المنافسة نسبيا، والدليل على ذلك هو قيام العديد من شركات التأمين التقليدي بالتحول إلى الالتزام بأحكام الشريعة الإسلامية في العديد من الدول، وفي العقدين الماضيين عرف التأمين التكافلي درجة كبيرة من النمو، وبذلك يمكن اعتباره البديل الشرعي للتأمين التجاري التقليدي الذي تشوبه العديد من المخالفات الشرعية.

لذا سنحاول في ورقتنا البحثية هذه عرض عام لنظام التأمين التكافلي من خلال تبيين مفهومه، خصائصه والأساليب الأساسية لممارسته، وتبيين كيفية تكييف التأمين التعاوني "التكافلي" كبديل للتأمين التقليدي، إضافة إلى عرض تجربة التأمين الصحي التعاوني بالمملكة العربية السعودية..

الكلمات الدالة : التأمين، التأمين التعاوني، التأمين التجاري، التأمين الصحي، المملكة العربية السعودية.

Abstract:

The insurance industry is an inevitable necessity within the structure of the modern economic system, which mainly affects the protection of other financial industries and the economy as a whole, and the emergence of Islamic banking and investment institutions, which required companies to protect them from the risks of financial and commercial operations.

The Cooperative insurance industry has succeeded in accessing into the field of relative competition the evidenced the fact that many traditional insurance companies have become Shari'a compliant in many countries. In the past two decades takaful insurance has been known for a great deal of growth, Which has many legal irregularities.

In this paper, we will present a general overview of the Cooperative insurance system by defining its concept, characteristics and basic methods for practicing it, and clarifying how Cooperative insurance will be adapted as an alternative to traditional insurance, in addition to presenting the cooperative health insurance experience in Saudi Arabia
Keywords: Insurance, cooperative insurance, commercial insurance, health insurance, Saudi Arabia

المقدمة

من المعلوم أن تنويع مصادر الدخل يعد ركيزة أساسية لدفع حركة التنمية بأبعادها المختلفة نحو تحقيق أهدافها، كما أنها تعتبر من الضروريات التي تؤدي إلى استقرار اقتصادي مبني على قطاعات اقتصادية ذات عائد اقتصادي مجزي مما يجعل الدولة تتمتع بقدرة أكبر على التعامل مع المتغيرات الاقتصادية العالمية حيث تكون قد تخلصت من واقع الاعتماد على مصدر الدخل الوحيد مثل النفط أو الزراعة. وتعتبر المملكة العربية السعودية من الدول التي سخر الله مصدر النفط لها كمصدر رئيس للدخل، إلا أنها قد اهتمت بقضية تنويع مصادر الدخل (رغم اعتماد الاقتصاد العالمي وبشكل رئيس على النفط)، وكما هو معلوم فإن المملكة قد خطت خطوات جيدة نحو تحقيق هدف التنويع الاقتصادي مستفيدة مما وفره النفط من عائد كبير جعلها تؤسس البنية التحتية اللازمة لخلق هياكل اقتصادية قوية تدفع الاقتصاد السعودي إلى تنشيط وتفعيل النشاط الاقتصادي في قطاعات أخرى منها قطاع الخدمات وخصوصاً قطاع الخدمات الصحية، حيث يمثل أحد أهم مصادر تنويع الدخل إذا تمت الاستفادة من مدخلاته بشكل يسمح بتحقيق مخرجاته المخططة خصوصاً بعد إقرار المملكة لنظام الضمان (التأمين) الصحي التعاوني. من هنا يأتي التساؤل .. ما هو الوضع الراهن للتأمين الصحي التعاوني؟ وما هي معدلات النمو المتوقعة وما أثرها على مستقبل الاقتصاد السعودي؟. وسنعالج هذه الورقة البحثة وفق ثلاثة محاور أساسية هي:

- **المحور الأول: ماهية التأمين وتأثيره على النشاط الاقتصادي.**
- **المحور الثاني: تكييف التأمين التعاوني "التكافلي" كبديل للتأمين التقليدي.**
- **المحور الثالث: التأمين الصحي التعاوني بالسعودية كمدخل من مداخل التأمين التكافلي.**

1. ماهية التأمين وتأثيره على النشاط الاقتصادي.

التأمين أول ما نشأ في الغرب ومن أسباب نشأته إحجام كثير من رؤساء الأموال عن التجارة بسبب المخاطرة وبسبب حوادث الخسارة، ونتيجة لهذا الإحجام يتأثر الاقتصاد القومي وعلى إثره عمل المفكرون على إنشاء شركات التأمين حتى تضمن للتاجر المتاجرة وتؤمن له الخسارة للأقدار الطارئة مقابل مبلغ من المال يدفعه اشتراك يقدمه لشركة التأمين وتقوم بتعويضه إذا حصل له خسارة، وتأثرت الدول الإسلامية تباعا بهذه الشركات، ومن الأسباب التي أدت إلى انتشار التأمين التجاري في البلدان الإسلامية العولمة التجارية .

1.1. مفهوم التأمين.

أ- **في اللغة:** الأَمَانُ والأَمَنَةُ بمعنى، وقد أَمِنَ أَمَاناً وأَمَنَةً بفتحتين فهو آمِنٌ وآمَنَهُ غيره من الأمْنِ والأمَانِ، (مختار الصحاح ، ص: 11) وقد أمنت فأنا أمن وآمنت غيري من الأمن والأمان والأمن ضد الخوف، (لسان العرب ، ص: 23) والمقصود منه طمأنينة النفس وسكونها بتوفير أسباب الطمأنينة.

التأمين من أمن، أي اطمأن وزال خوفه، وهو بمعنى سكن قلبه، وكذلك تستعمل كلمة الأمن عند الخوف، ومن ذلك قوله تعالى : ﴿ **وَآمَنَهُمْ مِنْ خَوْفٍ**﴾ (القرآن الكريم: "سورة قريش"، جزء من الآىة:03)، وكذلك في قوله: ﴿**وَإِذْ جَعَلْنَا الْبَيْتَ مَثَابَةً لِلنَّاسِ وَأَمْنًا**﴾ (القرآن الكريم: "سورة البقرة"، جزء من الآية: 125).

ب- **في الاصطلاح:** عقد يتم بين شركة التأمين ومستأمن معين تتعهد هذه الشركة بمقتضاه بدفع مبلغ من المال ،عند حدوث خطر معين، مقابل التزام المستأمن بدفع مبلغ مالي محدد(محمد رواس قلعبي ، ص: 131).

ت- **في اصطلاح القانونيين:** عقد يلتزم المؤمِّن بمقتضاه أن يؤدي إلى المؤَمَّن له أو إلى المستفيد الذي اشترط التأمين لصالحه مبلغاً من المال أو إيراداً مرتباً أو أي عرض مالي آخر في حالة وقوع الحادث، أو تحقيق الخطر المبين في العقد، وذلك نظير قسط أية دفعة مالية أخرى يؤديها المؤمَّن له للمؤمِّن.

ث- **التعريف القانوني للتأمين:** يعرف على أن التأمين هو ترتيبات تعاقدية يتفق فيها الأطراف على أن يقوم الطرف الأول "المؤمن" عن الخسائر التي يتكبدها "*Insured*" بتعويض الطرف الثاني المستأمن "*Insurer*" حسب "*premium*" مقابل قسط محدد (*exposure to loss*) والمتفق عليها ويرتب العقد حقا والتزاما على الطرفين، فللطرف الأول "*policy*" للعقد المبرم الحق في القسط وعليه التزام التعويض عن خسارة الثاني إذا حدثت، وعلى الطرف الثاني التزام دفع القسط وله حق التعويض عن خسائره.(Dorfman, Mark, (2002), pp. 1-9).

ج- **التعريف المالي للتأمين:** التأمين هو ترتيبات مالية ترمي إلى إعادة توزيع المخاطر التي يتم التعرض لها ويتضمن تحويل المخاطر المحتملة إلى مجمع التأمين الذي يقوم بتحويل التكاليف المتوقعة لتلك المخاطر إلى المشاركين في التجمع، وكفاية المدفوعات المالية ودقة التنبؤ يعتبر أهم معالم التأمين.(Dorfman, Mark, (2002), pp. 1-9).

التعريف العام للتأمين: يعرف بأنه "مشروع جماعي، يمكن بواسطته تجميع المخاطر غير المؤكدة التي تتعرض لها مجموعة من الأفراد حتى تصبح في حكم المؤكدة ويتم تعويض الخسارة التي تحل

بأي منهم من الرصيد الذي يمثل حصيلة الاشتراكات الصغيرة التي يدفعها كل منهم بصفة ضرورية". (عبدة عبد المطلب،، 1988، ص:05).

2.1. خصائص التأمين: يتميز التأمين بالخصائص الهامة التالية: (عبد الرحيم عبد الحميد الساعاتي ، 2009، ص .ص:185-186)

- ☑ أنه أسلوب منظم ليس لمنع أو تفادي الخطر بل لتحويل الخطر إلى مجمع يمكن تقدير الخطر وتكلفته المادية فيه بدقة.
- ☑ يجب أن يشمل التأمين أعدادها كبيرة من الحالات حتى يمكن استخدام قانون الأعداد الكبيرة والتوزيعات الاحتمالية لتقدير احتمال وقوع الخطر وتقدير تكلفته للفرد.يتم توزيع التكلفة الكلية للمخاطر المتوقعة على جميع المستأمنين فيتحمل، الجميع التكلفة في الوقت الذي يقع الخطر على عدد محدود منهم.
- ☑ يجب أن يكون هناك تعهد ملزم لجميع الأطراف في العملية التأمينية، حيث يلتزم المستأمن بدفع قسط التامين.
- ☑ الجهة المنظمة للتأمين قد تكون جهة حكومية مثل مصلحة التقاعد والتأمينات الاجتماعية، وقد تكون مؤسسات غير ربحية مثل جمعيات التأمين المهنية والتعاونية، وقد تكون شركات تأمين تجارية مثل شركات التأمين العامة.
- ☑ إن التكلفة الكلية للمخاطر المؤمن عليها غالبا ما تختلف عن التكلفة المقدرة بسبب السلوك العشوائي لحدوث الخطر، وهذا يؤدي إلى زيادة في تقدير الخسائر عن الخسائر الفعلية.

3.1. تقسيم التـــأمين من حيث الشكل: من حيث الشكل ينقسم التأمين إلى ثلاثة أنواع هي:

أ- **التأمين التعاوني:** ويقوم به مجموعة محدودة من الناس لمواجهة مخاطر يتعرضون لها، والتأمين التعاوني من الاشتراك في تحمل المسؤولية عند نزول الكوارث، أي توزيع المخاطر بينهم والتعاون على تحمل الضرر.

ب- التأمين التبادلي: يختلف هذا النوع عن سابقه بأنه يتجاوز الفئة المحدودة من الأعضاء إلى شكل المؤسسة التي يغلب عليها طابع الشركة، فالتأمين التبادلي يقوم به أشخاص يتعرضون لنوع من المخاطر عن طريق اكتتابهم بمبالغ نقدية يقدم كل منهم حصته منها التعويض لأي مكتتب منهم عندما يقع عليه الخطر المؤمن منه، فإن لم تف الأقساط المحصلة فإنه غالبا ما يتم زيادتها.

ت- التأمين لقاء قسط محدد (التأمين التجاري): في هذه الحالة يدفع المستأمن بصفة دورية مبلغا معينا يسمى "القسط" وذلك مقابل تعهد الجهة المعنية بتعويض المستأمن، وما عن الأقساط المحصلة عن تعويض الأضرار الواقعة يكون ربحا للجهة المؤمنة لقاء قيامها بهذه المهمة.

4.1. أنواع التأمين: يعرف التأمين بأنه مجال شاسع للغاية بحيث أن نطاق تطبيقه غير محدود، فكلما تعددت الأخطار ظهرت أنواع جديدة من التأمين، لذلك فإن تقسيم أنواع التأمين يرجع تبعا

للخطر المؤمن ضده، أو على أساس الإدارة العملية حسب الغرض من التأمين أي تبعا للهيئات التي تمارس عمليات التأمين.

أ- **التأمين على الأشخاص:** هو يتقدم شخص ما إلى شركة التأمين لإبرام عقد التأمين على الحياة لمدة معينة بموجبه تلتزم الشركة بدفع المبلغ المدفوع له مع فوائده بعد تمام المدة، أو دفع المال لورثته إن مات بتمامه حتى وإن لم يدفع إلا قسطا واحد (المجموع لشرح المهذب ، ص: 102)، كما يمكن للمؤمن له أن يعقد التأمين لنفسي الخطر عند عدة مؤّمنين وإذا حصل الخطر سوف يحصل على مجموعة من التأمين المتفق عليها، وله عدة صور منها : (أقاسم نوال ، 2001 ، ص: 57)

- ☑ التأمين على الإصابات والحوادث؛
- ☑ التأمين على المرض؛
- ☑ التأمين على الزواج والأولاد؛
- ☑ التأمين على الحياة.

ب- **التأمين على الأموال؛**

ت- **التأمين على المسؤولية؛**

ث- **التأمين على الأشياء؛**

ج- **التأمين على القروض الموجهة للتصدير؛**

5.1. مبادئ التأمين: يقوم عقد التأمين على مجموعة من المبادئ، من أهمها: (حدىدي معراج 1999، ص ص: 38-39).

أ- **مبدأ حسن النية:** يلتزم المتعاقدين بإدلاء بجميع البيانات التي عقد التأمين فيكون التصريح من طرف المؤمن لكل ما لديه من معلومات والشروح التي تخص عملية التأمين، أما المؤمن يجب أن يبين بوضوح شروط العقد والاستثناءات، وعليه فحسن النية المتبادلة بين الطرفين هو جوهر العملية التأمينية وإخلال بهذا المبدأ يستلزم مباشرة بطلاق العقد.

ب- **مبدأ المصلحة التأمينية:** يشترط في هذا المبدأ أن تقوم المصلحة التأمينية للمؤمن له والمؤمن وذلك باستبعاد عنصر المغامرة من عملية التأمين، فيكون العنصر المؤمن واضح قابل للتضرر، وهذا ما يعكس الحفاظ على المصلحة المتبادلة بين طرفي العقد؛

ت- **مبدأ التعويض:** يستلزم هذا الأخير أن يوفي المؤمن بالتزاماته إزاء المؤمن له في حالة وفق الخطر المؤمن له، ويتمثل ذلك في دفع مبلغ التعويض ويطبق على هذا المبدأ في كافة عقود التامين بخلاف عقد تأمين الأشخاص؛

ث- **مبدأ المشاركة:** حسب هذا المبدأ يقوم المؤمن له بإبرام عقد التأمين أو عقود التأمين تخص موضوع تأمين واحد ولنفس الفترة لدى عدة شركات تأمين، بحيث تشترك هذه الأخيرة عند تحقق الخطر المؤمن ضده في دفع التعويض المستحق للمؤمن له وفقا لنسبة تأمينه أو بما يعادل القسط المحصل عليه.

2. تكييف التأمين التعاوني كبديل للتأمين التقليدي

1.2. مفهوم التأمين التعاوني: وهو يقوم عادة بين مجموعة محدودة من الناس لمواجهة مخاطر يتعرضون لها، والتأمين التعاوني يعتبر من عقود التبرع التي يقصد بها أصالة التعاون على تفتيت الأخطار والاشتراك في تحمل المسئولية عند نزول الكوارث وذلك عن طريق إسهام أشخاص بمبالغ نقدية تخصص لتعويض من يصيبه الضرر، فجماعة التأمين التعاوني لا يستهدفون تجارة ولا ربحا من أموال غيرهم، وإنما يقصدون توزيع الأخطار بينهم والتعاون على تحمل الضرر (مصطفى أحمد الزرقاء1994 م" ، ص: 08).

2.2. منهجية التأمين التعاوني: يشترك مجموعة من الأفراد بدفع مبلغ معين تعاوناً ويتفقون على تعويض من تنزل عليه نازلة أو يحدث له فيفقد مال أو نفس جاء في شرح المهذب : (هو أن تتولاه جمعيات تعاونية يجمع أعضاءها الأخطار التي يتعرضون لها، ويلتزمون بتعويض من يلحقه الضرر منهم، وذلك من الاشتراك الذي يؤديه كعضو، وهو اشتراك متغير يزيد أو ينقص بحسب قيمة التعويضات التي تلتزم الجمعية بأدائها في خلال السنة، وقد لا يدفع العضو اشتراكه إلاّ عند وقوع الخطر، وبقدر نصيبه من التعويض.. وهي جمعيات لا تستهدف الربح وإنما التعاون لجبر الخطر أو الضرر الذي يلحق بأحد الأعضاء بتوزيعه عليهم جميعاً، إذن يكون القسط أو الاشتراك في هذه الجمعيات التعاونية من قبيل التبرع، وهو عقد تبرع يقره الإسلام، وهذه الجمعيات هي الصورة الوحيدة التي أقرها مؤتمر مجمع البحوث الإسلامية لعام 1965م وضرب المثل فيه بصناديق الزمالة التي يقوم بها موظفو شركة أو مصلحة لدفع مبلغ كمعونة سريعة لأسرة العضو المتوفي مثلاً (قرار مجلس هيئة كبار العلماء في المملكة العربية السعودية رقم (51) وتاريخ 1397/4/4 هـ).

3.2. مشروعية التأمين التعاوني: كما قرر مجلس المجمع بالإجماع على الموافقة على جواز التأمين التعاوني، والمنوه عنه آنفاً للأدلة الآتية: (المجموع شرح المهذب ج31 ، ص: 84) .

☑ إن التأمين التعاوني من عقود التبرع التي يقصد بها أصالة التعاون على تفتيت الأخطار، والاشتراك في تحمل المسؤولية عند نزول الكوارث، وذلك عن طريق إسهام أشخاص بمبالغ نقدية تخصص لتعويض من يصيبه الضرر، فجماعة التأمين التعاوني لا يستهدفون تجارة ولا ربحاً من أموال غيرهم وإنما يقصدون توزيع الأخطار بينهم والتعاون على تحمل الضرر؛

☑ خلو التأمين التعاوني من الربا بنوعيه: ربا الفضل وربا النسا، فليس عقود المساهمين ربوية، ولا يستغلون ما جمع من الأقساط في معاملات ربوية؛

☑ أنه لا يضر جهل المساهمين في التأمين التعاوني بتحديد ما يعود عليه من النفع لأنهم متبرعون، فلا مخاطرة ولا غرر، ولا مقامرة بخلاف التأمين التجاري فإنه عقد معاوضة مالية تجارية؛

☑ قيام جماعة من المساهمين أو من يمثلهم باستثمار ما جمع من الأقساط لتحقيق الغرض الذي من أجله أنشىء هذا التعاون، سواء كان القيام بذلك تبرعاً أو مقابل أجر معين.(مجلة البحوث الإسلامية الصادرة عن الرئاسة العامة لإدارة البحوث العلمية: "التأمين والبديل الإسلامي"، من العداد 17- 20).

تعددت كثيرا الآراء الفقهية حول التأمين، ويمكن الخلوص إلى أن هذه الآراء تلخصت في رأيين أساسين متعارضين في موقفهما، ورأي ثالث يوفق بينهما، فالرأي الأول يقول بإجازة عقد التأمين (التجاري) كما تمارسه شركات التأمين التقليدية، أما الرأي الثاني فيرى خلاف ذلك تماما ويذهب إلى عدم صحة عقد التأمين في صورته التقليدية، أما الرأي الثالث فيقف موقف الرأي الثاني من عدم الصحة ولكن أصحاب هذا الرأي أوضحوا البديل الشرعي للتأمين التجاري بحيث يقوم على أساس تعاوني تبادلي خل من الاستغلال والجهالة والغرر. (عثمان بابكر أحمد: " ، ص ص:483-484).

4.2. عناصر عقد التأمين التعاوني: وعقد التأمين التعاوني يتكون من أولا: المستأمن، وهو شريك مالك للشركة، وثانيا: شركة التأمين التعاوني وهي كيان قانوني مصرح له بممارسة نشاط التأمين يمتلكه مجموع المستأمنين، وثالثًا: الخطر المؤمن منه، وهو حادث احتمالي متوقع لا يتسبب فيه المستأمن ويعتمد على الصدفة، ورابعا :قسط التأمين، ويشكل حصة مساهمة المستأمن في الشركة. ومجموع الأقساط تكون غالبا أعلى من حجم الخسائر المقدرة للمستأمنين والتكاليف الإدارية للشركة، حتى تتمكن الشركة من توزيع الأرباح على مالكيها أو تحمل الخسائر الغير متوقعة، وخامسا: مبلغ التعويض وهو الحد الأقصى للتعويض في حالة حدوث الخطر Dorfman, Mark,) (2002), pp. 1-9).

5.2. الأسس المطروحة لتكييف التأمين التكافلي: المقصود هنا الكلام عن الأسس المختلفة التي قام عليها التأمين الإسلامي وذلك بالإشارة إلى بعض البيانات الممهدة للموضوع واستعراض تلك الأسس. والغرض من تلك الإشارة التأكيد بأن هناك مساحة واسعة للأمور المشتركة، وأنها جميعها تنطلق من مفهوم) التبرع (الذي يمثل زمرة من العقود والتصرفات، وهو مفترق الطريق بين نظام التأمين التكافلي ونظام التأمين التقليدي، حيث دعت الحاجة لإبراز أهم الفروق بينهما، والأسس التي

يقوم عليها التأمين التكافلي المطبق حاليًا هي التبرع، والوقف، والمضاربة: (عبد الستار أبو غدة، ص: 15)

☑ التزام التبرع (الهبة) المنظمة وعقد الهبة محل اتفاق بين المذاهب الفقهية، والمراد هنا مبدأ (التزام التبرع) المقرر في المذهب المالكي؛

☑ إنشاء الوقف (الذي هو من عقود التبرعات) لتكوين محفظة للتكافل، مع التبرع على الوقف نفسه وهذا التبرع لا يعتبر وقفًا، ثم هناك أساس آخر انفردت به الشركات الماليزية؛

☑ المضاربة، باعتبار الشركة مديرة لأعمال التأمين على أساس المضاربة نظير حصة من الفائض عن تلك الأعمال، ويختلف هذا عن عملية الاستثمار فإن تطبيق المضاربة فيها ليس محل نزاع؛

☑ هناك طرح للتكييف على أساس هبة الثواب (الهبة مع المكافأة) وهو محل اعتراض شديد.

6.2. الفرق بين التأمين التعاوني والتأمين التقليدي: هناك مجموعة من الفروق بإمكانها التمييز بين التأمين التعاوني والتأمين التقليدي من أهمها:(عبد الستار أبو غدة، ص.ص: 12-14)

☑ إن محفظة التأمين ليست مستقلة عن أموال الشركة في التأمين التقليدي، وجميع ما يدفعه المستأمنون من أقساط التأمين تكون مملوكة للشركة، بخلاف شركات التكافل، فإن محفظة التأمين فيها منفصلة تماما عن أموال الشركة، وليست مملوكة لها؛

☑ إن عقد التأمين التقليدي عقد معاوضة بين المستأمن والشركة، يدفع حامل الوثيقة بموجبه الاشتراكات التامين على الشركة، وتدفع الشركة إليه مبالغ التأمين، عند توافر الشروط، من أموالها المملوكة لها. أما شركات التكافل، فإن المستأمنين فيها يتبرعون بالأقساط إلى محفظة التأمين وهي تتبرع إليهم بالتعويضات حسب شروطها؛

☑ الأرباح الحاصلة من استثمار الأقساط كلها مملوكة في التأمين التقليدي للشركة بحكم كون الأقساط مملوكة لها، ولا حق للمستأمنين في هذه الأرباح، أما ما يستحقونه بحكم عقد التأمين أو التعويضات عند وقوع الأضرار المؤمن عليها فإنما يستحقونه بحكم عقد التأمين، لا من حيث اتهم مساهمون في الاستثمار، بخلاف شركات التكافل، فإن أرباح الاشتراكات فيها ليست مملوكة للشركة، وإنما هي مملوكة لمحفظة التأمين المملوكة للمستأمنين؛

☑ لا يستحق المستأمنون في التأمين التقليدي أية حصة في الفائض التأميني، فإنه بأسره مملوك للشركة، وهو الربح المقصود لها من وراء عمليات التأمين أما في شركات التكافل فالفائض كله مملوك للمحفظة، ويوزع كله أو جزء منه على المستأمنين؛

☑ المؤمنون هم المستأمنون في التأمين التكافلي ولا تستغل اشتراكاتهم المدفوعة لشركة التأمين التعاوني إلا بما يعود عليهم بالخير جميعًا، أما في شركة التأمين التجاري فالمستأمن هو عنصر خارجي بالنسبة للشركة، لأن شركة التأمين التجاري تقوم باستغلال أموال المستأمنين فيما يعود

عليها بالنفع وحدها، ففيها طرفان بينهما تعارض مصالح، أما في التكافل فالمشتركون بمثابة طرف واحد (مستأمن ومؤمن)؛

☑ شركة التأمين التعاوني هدفها هو تحقيق التعاون بين أعضائها المستأمنين، وذلك بتوزيع الأخطار فيما بينهم، أي بمعنى ما يشتكي منه أحدهم يشتكون منه جميعا وهي أيضا لا ترجو ربحا وإنما الذي ترجوه تغطية المصاريف الإدارية والحصول على المقابل عند خدماتها، وعلى العكس من ذلك فإن شركة التأمين التجاري هدفها هو التجارة بالتأمين والحصول على الأرباح الطائلة على حساب المستأمنين، ولا يتنافى هذا مع حصول المعونة للمستأمن لكنها ليست هي الهدف بل قد تكون نتيجة، وهي ليست تعاونا لأنه لا يتحقق إلا بالمشاركة التي تحصل بين مجموع المستأمنين بالمساهمات التي يساعد بعضهم بعضا؛

☑ إن المستأمن في شركات التأمين التكافلي هو المالك للاشتراكات ملكية شائعة مع حملة الوثائق مما يؤهله للحصول على الفائض والتغطية، وأما في شركات التأمين التجاري فالصورة مختلفة تماما، لأن المؤمن له ليس بالشريك، وذلك يحرمه من الحصول على أي فائض، وتتفرد الشركة التجارية بالحصول على كل الأرباح؛

☑ يختلف الأساس الذي يقوم عليها التأمين التجاري، وهو المعاوضة، عن الأساس الذي يقوم عليها نظام التكافل، إذ يقوم هذا النظام على أساس التزام التبرع من حملة الوثائق بالاشتراكات كليا أو جزئيًا (بقدر الحاجة) مع الاستفادة من حيث المبدأ لجميعهم من الحصيلة بالتغطية عن الأضرار، واستحقاقهم طبقا لطريقة محددة بحصة من الفائض التأميني بعد حسم المصاريف واقتطاع الاحتياطات اللازمة لاستمرار قيام هذا النشاط.

7.2. أنواع شركات التأمين التعاونية: تعتبر شركات التأمين التعاونية مؤسسات غير ربحية يمتلكها المستأمنون الذين لهم كل حقوق حملة الأسهم في الشركات المساهمة، فهم يختارون مجلس الإدارة الذي يختار مدير الشركة، والفرق بين شركة التأمين التعاونية وشركة التأمين التجارية أن المستأمن في الشركة التعاونية يجب أن يكون شريكا كاملا في الشركة ولا يمكن أن يكون شريكا غير مستأمن في الشركة، كما أنه في حالة الربح يكون الربح للمستأمنين، وفي حالة الخسارة يرجع فيه للمستأمنين لتحملها، بينما في حالة شركات التأمين التجاري للشركة الربح وعلى الشركة الخسارة، وهناك عدة أنواع من شركات التأمين التعاونية منها:(عبد الرحيم عبد الحميد الساعاتي ص: 188-189) .

أ- شركات التأمين التعاونية ذات الأقساط المسبقة الدفع: وفيها يقوم المستأمنون بدفع أقساط التأمين في بداية النشاط التأميني، وحيث أن قيمة القسط تكون غالبا أكبر من الخسائر المتوقعة

يوزع الفائض على المستأمنين (الشركاء) على شكل أرباح إذا كانت حجم الخسائر الحقيقية بمقدار الخسائر المتوقعة أو أقل منها؛

ب- **شركات التأمين ذات الأقساط المؤجلة:** وفي هذه الشركات قد لا يدفع المستأمن أية قسط أو يدفع قسطا منخفضا في بداية الفترة التأمينية ولكن يقوم بدفع نصيبه من إجمالي الخسائر في نهاية الفترة، وبالتالي لا يتم توزيع الأرباح؛

ت- **شركات التأمين التعاونية الحريصة:** وتقوم هذه الشركات ببرنامج مكثف للسلامة وتقليل الحوادث بالكشف والتفتيش بصفة مستمرة على مصادر الأخطار في المصانع أو المؤسسات المؤمن عليها، ونظرا الارتفاع تكلفة هذه البرامج تأخذ الشركة الأقساط مقدما ولعدة سنوات.

8.2. التحديات التي تواجه صناعة التأمين التكافلي: رغم النجاح المتواصل لصناعة التأمين التكافلي واتساع تطبيقاتها في العالم، إلاَّ أنها تواجه مجموعة من التحديات، والتي يمكن تصنيفها إلى تحديات تتعلق بالبيئة الداخلية ومنها ما يتعلق بالبيئة الخارجية، والتي نستعرضها من خلال ما يلي:

أ- **تحديات تتعلق بالبيئة الداخلية:** التحديات التي تتعلق بالبيئة الداخلية لصناعة التأمين التكافلي تختلف من دولة لأخرى، حيث أن شركات التأمين التكافلي لا تعمل في مساحة جغرافية واحدة، ولكن على الرغم من حقيقة هذا الاختلاف (حامد حسن محمد، ص.ص: 793-794)، إلاَّ أن تحديات البيئة الداخلية لصناعة التأمين التكافلي على المستوى العالمي تتفق إلى حد كبير في جملة من النقاط هي :

⊠ قلة الوعي والثقافة التأمينية التكافلية سواء بالنسبة للعاملين في شركات التأمين التكافلي، بسبب الخلفية المهنية التجارية) التقليدية (أو بالنسبة لمختلف أفراد المجتمع نتيجة عدم قيام شركات التأمين ؛ التكافلي بنمية جهودها لنشر ثقافة التكافل في المجتمع والتعريف بنشاطها (بريش عبد القادر، 2011، ص: 09)؛

⊠ عدم قيام شركات التأمين التكافلي بتطوير وابتكار منتجات تأمينية تكافلية، حيث اكتفت بتطبيق ما تنتجه شركات التأمين التجارية والقيام بتعديله بما يتناسب مع مبادئ وأسس التأمين التكافلي؛

⊠ عدم كفاية شركات إعادة التأمين التكافلي التي تعد من أهم دعامات انتشار وتنوع خدمات التأمين التكافلي، أما العدد القليل الموجود من هذه الشركات فلا يلبي حاجة جميع شركات التأمين التكافلي المتعلقة بإعادة التأمين سواء أكان ذلك لعدم مقدرة شركات إعادة التأمين التكافلي على منح تغطية إعادة التأمين لأخطار معينة .وقد يرجع عدم المقدرة إلى ضعف الطاقة الاستيعابية لشركات إعادة التأمين التكافلي، ونعني بالطاقة الاستيعابية الحدود القصوى لمبالغ إعادة التأمين التي تقبلها شركات إعادة التأمين التكافلي؛

- نقص اليد العاملة ذات الكفاءة لا يزال ينعكس سلباً على أداء شركات التأمين التكافلي(حضري دليلة، 2012، ص. ص: 03-18؛
- غياب أنظمة الرقابة الشرعية، حيث لا تزال بعض شركات التأمين التكافلي غير مهتمة بشكل أو بآخر بإيجاد نظام للرقابة الشرعية.

تحديات تتعلق بالبيئة الخارجية :تتعدد التحديات الخارجية التي تواجه نشاط شركات التأمين التكافلي وتتمثل أهمها فيما يلي: (حامد حسن محمد، ص ص:797-798).

- عملية التذبذب والتغير في الأسعار، سواء كان ذلك بسبب التضخم، أو بسبب سياسات الدولة، مما ينتج عنه ارتفاع تكاليف الصيانة للعين المؤمن عليها مما يجعل قيمتها السوقية أعلى من تلك القيمة التي أبرم وفقاً لها عقد التأمين وهذا الوضع يجعل شركة التأمين التكافلي تتضرر، لأن قيمة التكاليف التي تتحملها ستكون أعلى من القيمة التي أبرم وفقاً لها عقد التأمين؛
- حدة المنافسة بين شركات التأمين التكافلي وشركات التأمين التجاري، وقيام شركات التأمين التجارية بفتح نوافذ لتقديم خدمات تأمين تكافلي، الأمر الذي زاد من حدة المنافسة؛
- عدم وجود تشريعات تنظم صناعة التأمين التكافلي في الدول التي تنطلق فيها خدمات التأمين التكافلي عدا ثلاث دول وهي: السودان، السعودية وماليزيا التي أصدرت تشريعات خاصة بصناعة التأمين التكافلي، أما معظم الدول فما زالت عملية تنظيم صناعة التأمين التكافلي فيها تتم وفقًا للقانون الذي تنظم به صناعة التأمين التجاري على الرغم من الاختلافات الجوهرية بين الصناعتين.

3. تكييف التأمين التعاوني كبديل للتأمين التقليدي

1.3. مفهوم التأمين الصحي: التأمين الصحي هو نظام يتم من خلاله جمع جزء من المال من المستفيدين في صورة أقساط سنوية تدفع مقابل توفير الرعاية الصحية لهم عند حاجتهم لذلك خلال سنة التعاقد.

2.3. منهجية التأمين الصحي: تقوم الشركات التي تمارس هذا النوع من التأمين باعتماد مبدأ توزيع الخطر على المشتركين كأساس في ممارسة النشاط، وتتأثر إدارة محفظة التأمين الصحي وعملية التسعير بعدة عوامل أهمها: عدد المستفيدين، الحالة الصحية للمجتمع ككل في ظل ظروف مجتمعية خاصة تشمل التوزيع العمري لفئات السكان والمعدلات المرضية ومعدلات الاستشفاء داخل المستشفيات (معدلات الإقامة بالمستشفى)، وتوزيع السكان على المناطق ونوع برامج التأمين الصحي المطلوبة .

إذن التأمين الصحي تتم ممارسته في إطار منظومة ثلاثية الأطراف تتمثل في المستفيد المؤمن له (وشركة التأمين) المؤمن (والمستشفي) مقدم الخدمة الصحية، ولاشك أن تنظيم العلاقة

بين الأطراف الثلاثة مع تطوير أسلوب التعامل بينهم من خلال آلية عمل معتمدة على معايير موحدة متفق عليها من أطراف العلاقة خاصة شركات التأمين، وتنظيم ورقابة يساعد على الارتفاع بمستوى الخدمة الصحية وضمان حصول جميع الأطراف على حقوقهم.

3.3. لمحة تاريخية للتأمين الصحي في المملكة العربية السعودية: عرفت المملكة العربية السعودية عدة أشكال للتأمين الصحي أهمها: (صالح بن ناصر العمير 2020، ص: 14).

☑ التأمينات الاجتماعية التي توفر الرعاية وذلك لحالات إصابات العمل للعاملين المشمولين بهذا التأمين الذي تتم ممارسته عن طريق المؤسسة العامة للتأمينات الاجتماعية، وهو يعد أقدم أنواع التأمين الصحي التي عرفتها المملكة العربية السعودية؛

☑ النوع الثاني من التأمين الصحي في المملكة هو التأمين الذي يتم من خلال التعاقد المباشر بين الشركات والمستشفيات لتوفير الرعاية الصحية لمنسوبيها أو قيام بعض المستشفيات بتوفير برامج للرعاية الصحية التي يحتاجها الفرد مقابل قسط يدفع للمستشفى مباشرة.

وقد بدأت ممارسة التأمين الصحي الخاص في المملكة العربية السعودية منذ فترة وجيزة لا تتعدى خمسة عشر عامًا فقط فيما عدا حالات محدودة كانت موجودة قبل ذلك التاريخ، وذلك لأن القطاع الصحي الحكومي تولى عن الأفراد ولمدة طويلة عبء تكاليف الرعاية الصحية.

لقد شجع على نمو هذا التوجه، أن شركات التأمين العاملة في المملكة أخذت تهتم بتقديم خدمات التأمين الصحي لعملائها من الشركات إدراكًا منها أن هذا النشاط يشكل رافدًا قويًا لأعمالها ومصدرًا هاما من الأقساط التأمينية إضافة إلى رغبتها في تقديم خدمات تلبي احتياجا ملحًا لدى عملائها الكبار وبجودة مقبولة لديهم.

في تلك الأثناء كان سوق التأمين الصحي يعاني من وجود عدد هائل من ممارسي خدمة التأمين الطبي حتى دون أن يكون لديهم ترخيص بالمزاولة أو خبرة فنية كافية للاكتتاب وكذلك لم يكن لديهم القدرة المالية أو الأنظمة المعلوماتية لإدارة محفظة التأمين الصحي.

أكثر من ذلك، فقد مارس عدد من الأفراد خدمة التأمين الصحي دون أن يكون لديهم شركات معتمدة، ومع دخول بعض شركات التأمين الكبرى كالتعاونية للتأمين لسوق التأمين الطبي السعودي اعتبارًا من عام 1990 تطور أسلوب ممارسة هذا التأمين، حيث تركز دور شركات التأمين على الاكتتاب في التأمين الطبي، بينما تم التعاقد مع طرف ثالث متخصص يملك أنظمة لإدارة التعويضات ومتعاقد مع شبكة من المستشفيات والمستوصفات لتقديم الخدمة الطبية نفسها.

لكن تلك المرحلة تمخضت عن عدد من السلبيات التي ظهرت نتيجة تطبيق نظام الإدارة الخارجية فيما يتعلق بسعر التأمين أو إدارة التعويضات بشكل نتج عنه زيادة حجم التعويضات بما يفوق كثيرا الاشتراكات المكتتبة في التأمين الطبي، كما نتجت عنه عدد من المشاكل سواء مع العملاء أو المستشفيات .واضطرت بعض شركات التأمين تحت وطأة المنافسة غير المتكافئة إلى

طرح التأمين الطبي بأسعار منخفضة لا تتناسب مع طبيعة الأخطار المغطاة بغرض الحصول على النصيب الأكبر من السوق، لكن عندما تزايد معدل التعويضات اختفت تلك الشركات ولم يحصل المستفيدون من العملاء على الخدمة المتعاقد عليها، وخسرت المستشفيات والمستوصفات جزءًا كبيرًا من مستحقاتها.

وبدءًا من منتصف التسعينات أدركت شركات التأمين الجادة في السوق أهمية الممارسة الكاملة لنشاط التأمين الطبي حيث طرحت الكثير من البرامج التي تديرها شركات التأمين إدارة ذاتية لكافة مراحل العملية التأمينية واستطاعت تلك الشركات بالتنسيق مع عدد كبير من المستشفيات والمراكز الطبية الخاصة من إعداد منظومة للتعامل مع عملاء التأمين باستخدام آلية الدفع المباشر لتلك المستشفيات، وأتاحت تلك الآلية للعميل الحصول على الخدمة الطبية التي يحتاجها من المستشفى أو المركز الطبي المتعاقد مع شركة التأمين التي تتولى بدورها عملية الدفع المباشر لمقدمي الخدمة الطبية.

4.3. معوقات تطبيق نظام الضمان الصحي التعاوني: رغم الجهود التي بذلها مجلس الضمان الصحي برئاسة معالي وزير الصحة في إعداد اللائحة التنفيذية لنظام الضمان الصحي التعاوني والتي صدرت خلال شهر يونيو 2002، إلا أن عملية التطبيق تواجه بعض الصعوبات التي تشكل في جوهرها معوقات لعملية التطبيق، والتي يمكن رصدها فيما يلي: (صالح بن ناصر العمير 2020، ص.ص: 20-22).

أ- **عدم تنظيم سوق التأمين السعودي:** حيث لا يوجد نظام لتسجيل الشركات أو تأهيلها أو حتى الرقابة على نشاطها. وهذه المشكلة تضع على عاتق مجلس الضمان الصحي التعاوني مسؤولية العمل نحو تأهيل شركات التأمين غير المؤهلة للعمل في مجال الضمان الصحي التعاوني في المملكة. وتنبع الصعوبة أصلاً من كون الشركات التي تمارس التأمين في المملكة غير مرخصة (باستثناء التعاونية للتأمين) كما أن معظمها غير تعاوني. في الوقت نفسه فإن النظام التعاوني في نشاط التأمين لا يغري أصحاب رأس المال على الاستثمار في مثل هذا النوع من الشركات لأن الأرباح المتحققة لا تؤول إليهم بالإضافة إلى أن التأمين الصحي بطبيعته لا يحقق نسب عالية من الأرباح لارتفاع معدلات الخسائر التي يحققها.

إذن الترخيص لشركات التأمين عموماً للعمل في المملكة وتأهيل شركات تأمين ذات صفة تعاونية للمشاركة في تفعيل النظام يتطلب المزيد من الوقت والجهد، وإيجاد آلية تجتذب المستثمرين في هذا القطاع من خلال إجراء تعديلات جوهرية على مفهوم التأمين التعاوني.

ب- التباين في أسعار التأمين الصحي: ما يتعلق بالتغطيات التأمينية التي يوفرها نظام الضمان الصحي التعاوني وأسعار تلك التغطيات. فهذه الخطوة أيضاً أضافت صعوبات أخرى لمهمة مجلس

الضمان الصحي الذي بات عليه أن يفاضل دائما بين تغطيات الوثيقة الموحدة التي صدرت مع اللائحة التنفيذية وبين التغطيات الأوسع التي تلبي احتياجات بعض الفئات. فتعدد فئات المستفيدين من الضمان الصحي التعاوني وتفاوت مستوياتهم واحتياجاتهم التأمينية يتطلب أيضاً توفير المستويات الأعلى من التغطية التي يرغبون فيها. في الوقت نفسه فإن عملية التسعير يجب أن تراعي التفاوت في التغطيات وتعدد البرامج وخبرات شركات التأمين الصحي.

فعملية التسعير تعد واحدة من أصعب المشاكل التي يفرضها تطبيق نظام الضمان الصحي التعاوني، لأن هناك رؤى متعددة حول مستويات أسعار البرنامج الصحي وكيفية سداد القسط. ويبقى دور مجلس الضمان الصحي ضرورياً وحيوياً في المفاضلة بين مستويات الأسعار التي تطرحها شركات التأمين وفقاً لمستويات التغطيات المطلوبة، ومراجعة تلك الأسعار من وقت لآخر وفق ما تقتضيه طبيعة الخدمة، مع الوضع في الاعتبار العوامل التالية المؤثرة على عملية تسعير برامج الضمان الصحي التعاوني:

- ☑ الحالات المرضية المغطاة تأمينياً سواء السابقة لبدء التغطية أو التالية له؛
- ☑ عدد المؤمن عليهم المشمولين بالتأمين؛
- ☑ معدلات الخسارة في التأمين الطبي السائدة في السوق؛
- ☑ التكلفة الفنية والإدارية للخطر؛
- ☑ تكلفة وشروط إعادة التأمين إن وجدت، حيث يعاني السوق الدولي في الوقت الحاضر انحساراً في أعداد الشركات العالمية الراغبة في ممارسة التأمين في هذا المجال بسبب ما تواجهه من خسائر في أوروبا وأمريكا الشمالية.

ت- اعتماد المستشفيات: فتطبيق النظام يتم بغرض تقديم خدمة صحية جيدة للمؤمن عليهم، ولأن النظام يتيح عدداً كبيراً من المستفيدين فإن هذا الوضع يتطلب وجود قدرات صحية متميزة لدى مقدمي الخدمة الصحية وكذلك قدرات مالية تساعدهم على التوسع والتطوير للوفاء بمتطلبات الرعاية الصحية التي يحتاجها هذا العدد الكبير من المستفيدين. أيضاً مشاركة مقدمي الخدمة الصحية في النظام يتطلب الالتزام بمعايير صحية موحدة والتنسيق بين كافة الأطراف (المستشفيات وشركات التأمين والمستفيدين ومجلس الضمان الصحي) لوضع آلية متفق عليها للتعامل مع النظام سواء في عمليات سداد الأقساط أو تكاليف الرعاية للمستشفيات وإدارة محفظة التأمين والرقابة على أداء جميع الأطراف.

وفقاً لهذه المعايير يمكن القول أن عدد قليل من المستشفيات الحكومية والخاصة هو المؤهل بالفعل للمشاركة مباشرة في النظام أما العدد الأغلب فيحتاج بعض الوقت لتوفيق أوضاعه كما يجب اتخاذ واعتماد معايير يتم من خلالها التمييز بين المستشفيات المعتمدة أو المؤهلة اعتماداً على مستوى جودة الخدمات المقدمة في كل منها. وتجدر الإشارة إلى أهمية مشاركة مستشفيات وزارة

الصحة والمستشفيات الجامعية والمستشفيات التابعة لجهات حكومية أخرى في تفعيل النظام لأن ذلك يتيح استفادة المؤمن لهم من الخبرات والإمكانات الواسعة لتلك المستشفيات من جهة، كما يتيح للمستشفيات الاستفادة من النظام كقناة تمويل جيدة طالماً أن عملية التشغيل ستتم وفقاً لأسس اقتصادية.

5.3. منافع الضمان الصحي التعاوني: إن هذا النظام يحقق الكثير من المنافع لكل من القطاع الصحي وسوق التأمين السعودي إجمالاً، ومن أهم المنافع التي نتوقعها من تطبيق نظام الضمان الصحي التعاوني ما يلي: (صالح بن ناصر العمير 2020، ص.ص: 23-25).

أ- دعم الرعاية الصحية في القطاع الخاص: يشكل التأمين الصحي وسيلة جيدة تتيح لهم إمكانية تلقي العلاج الطبي المطلوب مهما بلغت قيمته نظير قسط سنوي بسيط نسبياً، وبالتالي يسهل هذا النظام عملية انتقال الرعاية الصحية للقطاع الخاص دون مشاكل حقيقية؛

ب- تخفيف العبء عن المستشفيات الحكومية: كانت ميزانيات المستشفيات الحكومية تتآكل باستمرار نتيجة الضغط الشديد من العمالة الوافدة على خدماتها وباتت تكلفة الرعاية الصحية التي تقدمها المستشفيات الحكومية للمقيمين تشكل عبئاً كبيراً على إمكانيتها مما أدى إلى حرمان المواطن من الحصول على حقه في مستوى جيد من الرعاية الصحية من جهة وعدم قدرة المستشفيات الحكومية على تطوير خدماتها من جهة أخرى؛

ت- إتاحة قناة تمويل للقطاع الصحي: بما أن عدد المشمولين بالتأمين قد يصل في المستقبل إلى 33 مليون مستفيد (سعوديون ومقيمون) فإن مستوى تشغيل المستشفيات بمختلف قطاعاتها من المتوقع أن يصل إلى الطاقة التشغيلية القصوى. كما أن هذا المصدر المالي الضخم يمكن هذه المستشفيات من تطبيق خطط تطويرية بعيدة المدى ويساعدها على تقديم خدمات صحية ذات جودة عالية؛

ث- تطوير برامج للاستثمار في القطاع الصحي: إن الاشتراكات المتحصلة من الضمان الصحي التعاوني سوف تتيح لشركات التأمين الصحي التعاوني تكوين ميزانيات ضخمة يمكن استغلالها في الاستثمار بالعديد من الأنشطة وخاصة في المجالات الصحية بعدما تكون قد تكونت لديها خبرة كافية عن طبيعة المشروعات في القطاع الصحي. وهذا يشكل إسهاماً مهماً في تطوير القطاع الصحي من جهة، واستفادة الاقتصاد الوطني من عوائد تلك الاستثمارات من جهة أخرى؛

ج- ترسيخ روح التعاون والتكافل بين فئات المجتمع: يقوم التأمين الصحي التعاوني في الأساس على فكرة التعاون والتكافل بين أفراد المجتمع، وهذا يعني أن التوسع في نشاط التأمين الصحي التعاوني يؤدي إلى نقل عبء تكلفة الرعاية الصحية من الحكومة إلى المجتمع بكافة طبقاته

وسكانه (سعوديين وغير سعوديين) في إطار نظام تعاوني تكافلي منظم ودقيق مما يجسد روح التعاون والتكافل بين جميع الأفراد ويشجع في الوقت نفسه على تكرار التجربة في قطاعات أخرى؛

ح- تنظيم سوق التأمين السعودي: تأهيل شركات تأمين لممارسة التأمين الصحي والاشتراك في نظام الضمان الصحي التعاوني ربما يتحول إلى نواة حقيقية لإعادة النظر في وضع السوق ككل وفتح المبادرات التنظيمية ووضع اللوائح والنظم التي تضمن استقراره وربما يعجل بتلك الخطوة سعي المملكة للانضمام إلى منظمة التجارة العالمية وانخراطها في النظام العالمي الجديد. إن عملية تنظيم السوق من شأنها تحقيق الكثير من الإيجابيات أهمها دخول شركات تأمين وطنية للسوق وتشغيل كوادر وطنية في مجال التأمين والاحتفاظ بأموال التأمين داخل المملكة وتوفير الحماية التي يحتاجها المجتمع بواسطة شركات محلية ورفع مستوى الوعي التأميني داخل المجتمع ورفع معدلات الإنفاق الفردي على التأمين وتخفيف عبء المسؤوليات الاجتماعية عن كاهل الحكومة، كما أن للجهود التي تبذلها شركات التأمين ومقدمي الخدمة بالمملكة لإعداد وتطبيق معايير موحدة لأداء عملية التأمين الصحي بالغ الأثر في عملية رفع المستوى؛

خ- إتاحة فرص وظيفية جديدة:إن التوسع في نشاط التأمين الصحي في المملكة بإنشاء الكثير من شركات التأمين السعودية، وزيادة الاستثمار في القطاع الصحي بالإضافة إلى تطور الكثير من الأنشطة المصاحبة، من المتوقع أن يتيح فرص توظيف للشباب السعودي تقدر بعشرات الآلاف ليس على مستوى سوق التأمين الطبي فحسب بل تمتد إلى سوق التأمين السعودي ككل باعتبار أن عملية تنظيم السوق ربما تكون من ابرز نتائج تطبيق نظام الضمان الصحي التعاوني؛

د- رفع مستوى جودة الخدمات الصحية: من المعلوم أن تقديم الخدمات الصحية يتم عن طريق التأمين الصحي التعاوني ضمن منظومة متكاملة ثلاثية الأبعاد، وتشكل شركات التأمين والمؤمن عليهم ومقدمو الخدمة الطبية أطراف هذه المنظومة. ومع أن المستفيدين ومقدمي الخدمات الصحية هما الطرفان الأساسيات في الخدمة إلا أن وجود شركات التأمين كطرف ثالث يضمن وصول الخدمات الصحية المتفق عليها في وثيقة التأمين الصحي من مقدم الخدمة الصحية إلى المؤمن له بالجودة والمستوى اللائق، ومما لاشك فيه أن هذه الأطراف ستعمل في نهاية الأمر على تحسين جودة الخدمات الصحية.

6.3. مؤشرات القطاع الصحي في المملكة العربية السعودية: فيما يلي بعض المؤشرات التي توضح واقع القطاع الصحي بالمملكة العربية السعودية: (الكتاب الاحصائي السنوي، وزارة الصحة، المملكة العربية السعودية، سنة 2014)

☑ متوسط العمر المتوقع في المملكة العربية السعودية لسنة 2014 هو 74,6 سنة، وهو يتجاوز المعدل الإقليمي بـــ 6 سنوات، والمعدل العالمي بـــ 4 سنوات، أما في سنة 2013 فقد حدد بـــ 75 سنة؛

☑ نسبة السكان في الفئة العمرية من أقل 15في سنة المملكة العربية السعودية لسنة 2014 هي 29,5%، وهي أدنى في منها إقليم شرق المتوسط 34% وأعلى من النسبة المبلغ عنها عالميا 27%، أما في سنة 2013 فقد بلغت هذه النسبة 30,8؛%؛

☑ معدل المواليد (لكل 10000 نسمة) في المملكة العربية السعودية لسنتي 2014 و2013 هو 22 مولود، وهو أدنى من المعدل الإقليمي 31,4 والمعدل العالمي 24,3؛

☑ معدل الوفيات (لكل 10000 نسمة) لسنة 2014 هو 03,9 وهو أدنى من المعدل الإقليمي (06,3) وأقل من نصف المعدل العالمي (07,9)، وفي سنة 2013 بلغ هذا المعدل 03,8؛

☑ معدل وفيات الرضع (لكل 10000 مولود حي لسنة 2014 هو 07,4 وهو أدنى بنسبة كبيرة من المعدل الإقليمي 44 والمعدل العالمي37، أما في سنة 2013 فقد حدد بـــ 08؛

☑ في سنة 2014 شكلت ميزانية وزارة الصحة نسبة 07,01% ن إجمالي ميزانية الدولة، بزيادة قدرها 0,41% مقارنة بسنة 2013؛

☑ بلغ إجمالي عدد الوظائف بوزارة الصحة 619548 وظيفة منها 164635 وظيفة على الكادر الصحي؛

☑ بلغ مجموع عدد المستشفيات العاملة بالمملكة 453مستشفى، وعليه تكون سنة 2014 قد شهدت زيادة قدرها 08 مستشفيات مقارنة بسنة 2013؛

☑ بلغ عدد الأسرة بجميع المستشفيات بالمملكة 67997 سرير سنة 2014 بنسبة زيادة بلغت 05,1% مقارنة بسنة 2013، وبلغ معدل الأسرة للسكان 22,1 سرير لكل 10000 نسمة، أي سرير واحد لكل 452 نسمة من السكان؛

☑ بلغ مجموع عدد الأطباء بالمملكة 81532 طبيب منهم 16785 طبيب أسنان، أما عدد الصيادلة فقد بلغ عددهم 66641 صيدليا، أما عدد الممرضين فقد بلغ 165364 ممرض، وبذلك يكون معدل الأطباء هو26,5 طبيب لكل 10000 نسمة، ومعدل التمريض هو 54 ممرض لكل 10000 نسمة، إضافة الى وجود فئات طبية مساعدة؛

☑ انخفض معدل الإصابة بمرض الحصبة بشكل ملموس بين سنتي 2013 (0,84 لكل 100000 نسمة) وسنة 2014 (0,5 لكل 100000 نسمة)، كما ارتفع معدل التغطية بالتحصينات ضد الأمراض المعدية اللقاح الخماسي، شلل الأطفال، لقاح الدرن، الثلاثي الفيروسي، البكتيريا العقدية الرئوية (خلال سنتي 2013 و2014 إلى أكثر من 98% .

كما تقوم وزارة الصحة في إطار الاستراتيجية العامة للدولة بتنمية العنصر البشري السعودي من خلال وضع البرامج الهادفة رفع إلى المستوى العلمي والكفاءة العملية للكوادر الوطنية العاملة، وتشجيعها على التخصص في مجالات المهن الصحية والطبية، وقد تم التركيز على تطوير مناهج

المعاهد الصحية المتخصصة وتحويل كثير إلى منها كليات صحية، تم كما افتتاح الكليات الصحية المتوسطة لتتيح لخريجي المعاهد الصحية الثانوية فرص تعليم متميزة مع التطوير المستمر لمناهج.

3.7. مؤشرات التأمين الصحي التعاوني في المملكة العربية السعودية: شكل أداء التأمين الصحي التعاوني في المملكة العربية السعودية خلال سنة 2014 دلالة على العديد من المؤشرات التي يمكن على أساسها قياس ومتابعة هذا أداء القطاع من حيث تطور عدد الأفراد المشمولين بتغطية نظام التأمين الصحي التعاوني، وتطور مراكز الرعاية الصحية، وتطور أقساط التأمين الصحي التعاوني وتطور أعداد المؤمن لهم بشركات القطاع. فحسب تقرير صندوق الضمان الصحي التعاوني لسنة 2014فقد تمت تغطية نحو9,641,240 خص بنظام التأمين الصحي التعاوني، منهم 2,827,088من السعوديين، و6,814,152 غير من السعوديين المشمولين بنظام الضمان الصحي التعاوني من العاملين في القطاع الخاص وأفراد أسرهم (التقرير السنوي لمجلس الضمان الصحي التعاوني 2014، المملكة العربية السعودية، ص: 25).

والجدول الموالي يوضح تطور عدد الأفراد المشمولين بتغطية نظام التأمين الصحي التعاوني خلال الفترة 2014/2010:

الجدول رقم "": تطور عدد الأفراد المشمولين بتغطية نظام التأمين الصحي التعاوني بالمملكة العربية السعودية 2014/2010

السنوات	2010	2011	2012	2013	2014
السعودين	1873121	2264284	2318491	2558682	282708
غير السعودين	6476346	5674313	5509876	7295936	6814152
المجموع	8349467	7938597	7828367	9854618	9641240

المصدر: تم إعداده بالاعتماد على:

التقرير السنوي لمجلس الضمان الصحي التعاوني 2014، المملكة العربية السعودية، ص: 25.

التقرير السنوي لمجلس الضمان الصحي التعاوني 2013، المملكة العربية السعودية، ص: 82.

وقد تأهيل 28 شركة تأمين صحي لمزاولة أعمال الضمان الصحي التعاوني، وتأهيل 08 شركات إدارة مطالبات تأمين، في تم حين اعتماد 2478 مقدم خدمة صحية منهم 15من القطاع العام و2463 في القطاع الخاص.

والجدول الموالي يوضح تطور عدد الشركات المؤهلة لمزاولة أعمال الضمان الصحي التعاوني:

الجدول رقم: تطور عدد الشركات المؤهلة لمزاولة أعمال الضمان الصحي التعاوني بالمملكة العربية السعودية خلال الفترة 2010-2014.

السنوات	2010	2011	2012	2013	2014
العدد	26	26	28	28	28

المصدر: تم إعداده بالاعتماد على:

التقرير السنوي لمجلس الضمان الصحي التعاوني 2014، المملكة العربية السعودية، ص: 28.

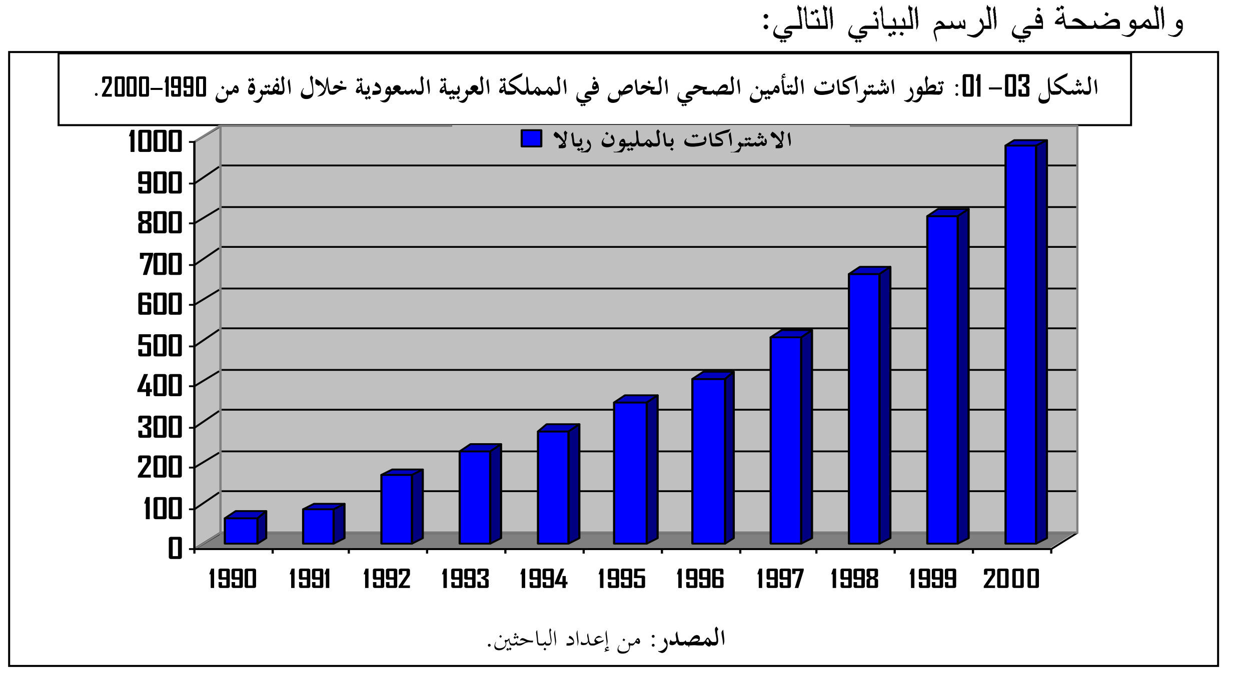
وفي سنة 2014 بلغ عدد مقدمي خدمات الرعاية الصحية المعتمدين من طرف مجلس الضمان الصحي التعاوني 2478، أما في سنة 2013 فقد بلغ 2177، وبلغ عدد المستشفيات والمستوصفات المعتمدة 593 وحدة، أما في سنة 2013 فقد بلغ عددها 623 وحدة منها 133مستشفى و490 مستوصف، أما بخصوص الصيدليات ومحلات النظارات والأجهزة والأطراف الصناعية المعتمدة فقد بلغ عددها 1272بينما بلغت في سنة 2013 عدد 979.

3.8. مستقبل التأمين الصحي التعاوني وأثره على الاقتصاد السعودي.

1.3.8.تطور نشاط التأمين الصحي الخاص: أدى التطور في ممارسة التأمين الصحي بالمملكة إلى رصد زيادة طبيعية للطلب على التأمين الصحي ومن ثم تجاوبت شركات التأمين العاملة في المملكة وبعض الشركات العاملة في الخارج وسارعت لتقديم هذه الخدمة للراغبين فيها، مما أدى إلى زيادة اشتراكات التأمين الصحي في المملكة خلال السنوات العشر الماضية بنسبة كبيرة حيث ارتفعت من 62.7 مليون ريال عام 1990م إلى 975.3 مليون ريال عام 2000م وفقاً لتطور اشتراكات التأمين الصحي في المملكة خلال الفترة 1990- 2000م. (صالح بن ناصر العمير، ص: 25).

والموضحة في الرسم البياني التالي:

الشكل 03- 01: تطور اشتراكات التأمين الصحي الخاص في المملكة العربية السعودية خلال الفترة من 1990-2000.

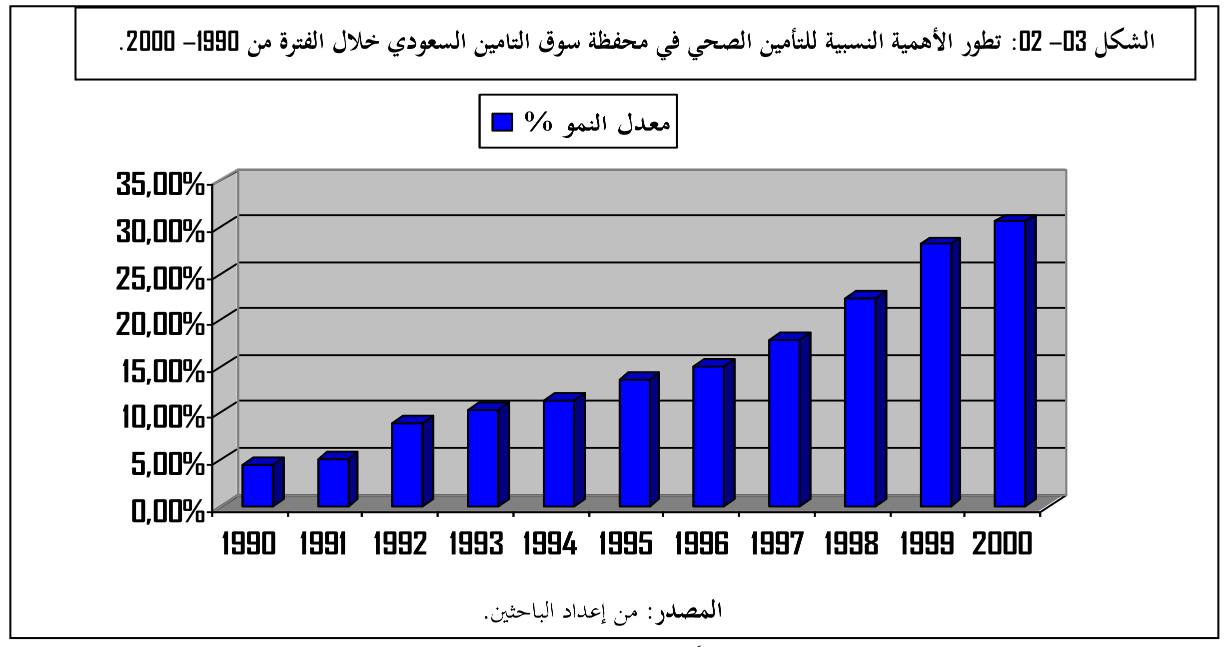


المصدر: من إعداد الباحثين.

نمو اشتراكات التأمين الصحي في المملكة خلال الفترة 1990-2000، وقد تدرجت الأهمية النسبية للتأمين الصحي خلال السنوات العشر الماضية حيث انتقل من المرتبة الرابعة بنسبة 4.5% من

إجمالي اشتراكات السوق عام 1990م إلى المرتبة الأولى بين قائمة أنواع التأمين في السوق بنسبة 30.6% عام 2000 (صالح بن ناصر العمير، ص: 26)

وفقاً للرسم البياني التالي:



الشكل 03– 02: تطور الأهمية النسبية للتأمين الصحي في محفظة سوق التامين السعودي خلال الفترة من 1990– 2000.

المصدر: من إعداد الباحثين.

وقد شهد سوق التأمين الصحي أيضاً زيادة عدد ممارسي التأمين الصحي إلى 15 شركة تأمين بعضها متخصص في ممارسة التأمين الصحي فقط والأخرى تمارس هذا النوع من التأمين ضمن محفظتها التأمينية التي تشمل أنواعاً أخرى. وتأتي التعاونية للتأمين في مقدمة تلك الشركات باشتراكات تأمين صحي بلغت 251.8 مليون ريال عام 2000م بما يعادل 25.7% من إجمالي اشتراكات سوق التأمين الصحي بالمملكة.

وعلى الرغم من تطور التأمين الصحي في المملكة وتقدمه للمرتبة الأولى داخل سوق التأمين السعودي إلا أن عدد سكان المملكة الذين يتم تغطيتهم بالتأمين الصحي يقدر بحوالي مليون فرد أي حوالي4.7% من إجمالي عدد السكان وهي نسبة محدودة للغاية إذا قورنت بالدول المتقدمة حيث تصل نسبة تغطية السكان بالتأمين الصحي إلى 100% في السويد والدانمارك ونيوزيلندا وبريطانيا وإسبانيا وسنغافورة واليابان. ومن ثم فإن حجم اشتراكات التأمين الصحي تبقى أيضاً بعيدة عن الطاقة الاستيعابية الحالية للسوق والتي تقدر بما يزيد عن 10 مليار ريال سعودي. وربما يرجع ذلك إلى المشاكل التي يعاني منها سوق التأمين الصحي في المملكة والتي تعوق انطلاقته إلى المستوى المأمول.

ومن أهم هذه المشاكل الافتقاد للمعايير والقواعد التي تحكم أطراف العلاقة في نشاط التأمين الصحي وهم شركة التأمين والعملاء والمستشفيات والمراكز الطبية التي توفر الرعاية الصحية، وغياب جهة إشرافية ورقابية على الشركات العاملة في مجال التأمين الصحي، حتى أنه يمكن ملاحظة وجود مؤسسات أو شركات ليست بشركات تأمين تمارس التأمين الصحي في السوق

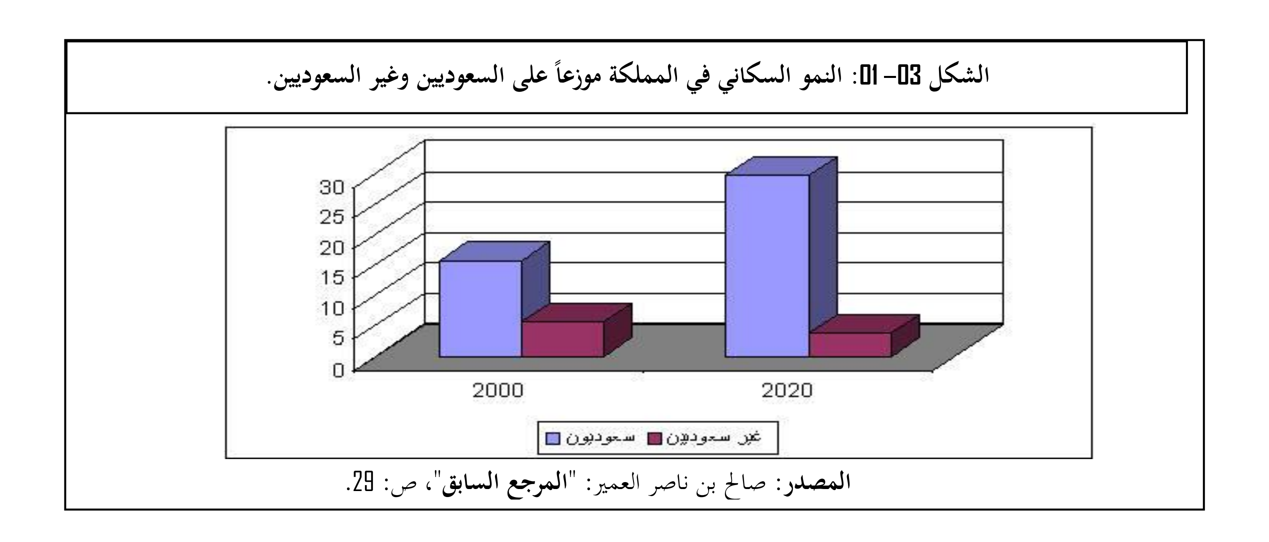
بعضها أداؤه جيد لكن معظمها لا يرتقي للمستوى الذي يواكب الارتفاع الملحوظ في مستوى الوعي بالتأمين الصحي.

كما يعاني سوق التأمين الصحي أيضاً من المبالغة في الخدمات الصحية التي تقدمها المستشفيات خاصة استخدام التقنية التشخيصية الباهظة التكاليف في غير حاجتها نتيجة المنافسة بين المستشفيات الرئيسية. هناك أيضا مشكلة متعلقة بالعلاج خاصة الأدوية حيث يصف الأطباء في بعض المستشفيات الخيارات الأغلى من الأدوية رغم وجود البديل الأرخص وهذا أيضا يساهم في رفع التكلفة، بالإضافة إلى سوء استخدام خدمات التأمين الطبي من قبل المستفيدين مما يساعد على تفاقم المشكلة. على أية حال هناك محاولات جادة لضبط هذه الأمور لكن لا يخفى أن شركات التأمين هي مؤسسات مالية يلزم وجود نظام يضبط تعاملها مع الآخرين. ومن المتوقع تحسن وضع التأمين الصحي في المملكة عند بدء تطبيق نظام الضمان الصحي التعاوني الإلزامي على المقيمين في المملكة.

2.8.3. مستقبل التأمين الصحي في المملكة: على ضوء المعطيات والحقائق التي أشرنا إليها عن واقع التأمين الصحي في المملكة، فمن المتوقع أن يتطور التأمين الصحي في المملكة خلال العشرين سنة القادمة على مرحلتين، الأولى خلال الفترة من 2002م- 2005م وهي فترة تطبيق نظام الضمان الصحي التعاوني على المقيمين فقط للاستفادة من إيجابياته وتجنب سلبياته، والثانية ما بعد عام 2005 حتى عام 2020م وهي الفترة التي يتوقع أن تشهد شمول النظام لجميع سكان المملكة (سعوديين ومقيمين).

ولاشك أن التأمين الصحي الخاص سوف يتأثر بالمرحلتين حيث من المتوقع أن يشهد نمواً كبيراً في المرحلة الأولى نتيجة إقبال المواطنين على التأمين الصحي الخاص لتلبية احتياجاتهم بمستوياتها المختلفة ويدعم هذا الاتجاه الزيادة الملحوظة في مستوى الوعي الصحي لدى المواطنين. ومن المتوقع أن تشهد المرحلة الثانية التي تبدأ بتطوير نظام الضمان الصحي التعاوني ليشمل جميع سكان المملكة، نمواً متسارعاً لنظام الضمان الصحي على حساب نظام التأمين الصحي الخاص ولاسيما أن نظام الضمان الصحي التعاوني سيرفع من مستوى الوعي ويحقق شمولية سكان المملكة بالتأمين وبنسبة 100%، وفي هذا الإطار يمكن رصد حجم التأمين الصحي في المملكة.

وتتحدد قيمة الاشتراكات المقدرة للضمان الصحي التعاوني وفق عدة متغيرات أهمها عدد السكان وأسعار التأمين. وحسب التقديرات الإحصائية فإن من المتوقع أن ينمو عدد السكان في المملكة على النحو التالي:



الشكل 03- 01: النمو السكاني في المملكة موزعاً على السعوديين وغير السعوديين.

المصدر: صالح بن ناصر العمير: "**المرجع السابق**"، ص: 29.

وعلى هذا الأساس فإن المرحلة الأولى لتطبيق نظام الضمان الصحي التعاوني ستغطي 5.8 مليون مقيم أجنبي، أما المرحلة الثانية فستشمل جميع سكان المملكة والذين يقدر عددهم عام 2000 بحوالي 21.4 مليون نسمه ومن المتوقع وصول هذا العدد إلى 33.5 مليون نسمه في عام 2020م. وحسب تقديرات قيمة قسط التأمين السنوي للفرد خلال العشرين سنة القادمة، فإن من المتوقع أن يصل حجم اشتراكات التأمين كالتالي:

الجدول 03- 03: الاشتراكات المقدرة للضمان الصحي التعاوني حتى عام 2020.

المرحلة	عدد المستفيدين المقدر بالمليون	متوسط القسط السنوي بالريال	حجم الاشتراكات المقدرة بالمليون ريالا
المرحلة الأولى: 2000-2020 للمقيمين فقط	5,7	1000-1500*	5700-8550
المرحلة الثانية: 2006-2020 لجميع السكان	33,5	2500-3000**	83750-100500

المصدر: صالح بن ناصر العمير: "**التأمين الصحي التعاوني وأثره على الاقتصاد السعودي حتى عام 1440هـ (2020م)**" ندوة"الرؤية المستقبلية للاقتصاد السعودي حتى عام 1440هـ (2020م)"، التعاونية للتأمين، الرياض، السعودية، 19-23أكتوبر 2002، ص: 30.

* السعر التقديري عند بدء تطبيق نظام الضمان الصحي التعاوني.

** السعر التقديري للضمان الصحي في عام 2020 بعد أن وضع في الاعتبار عوامل التضخم ومعدلات الخسارة وارتفاع تكاليف تقديم الرعاية الصحية.

إذن من المتوقع أن يتراوح حجم اشتراكات الضمان الصحي التعاوني في مرحلته الأولى ما بين5.7 – 8.5 مليار ريالا، بينما يقدر حجم الاشتراكات في عام 2020م ما بين 83.7 – 100.5 مليار ريالا عند شمول جميع السكان بالتغطية التأمينية.

9.3. أثر نمو التأمين الصحي التعاوني على الاقتصاد السعودي: لكي نتفهم الدور الذي يمكن أن يؤديه التأمين الصحي لخدمة الاقتصاد السعودي لابد من التعرف على حجم إسهام هذا القطاع في الاقتصاد الوطني حالياً وفي المستقبل حتى عام 1440هـ (2020م) وذلك عن طريق تحديد نسبة حجم اشتراكات التأمين الصحي إلى الناتج المحلي الإجمالي والتي يمكن رصدها كالتالي: (صالح بن ناصر العمير، ص: 25.)

أ- النسبة الفعلية في عام 2000م:

النسبة الفعلية عام 2000 = (اشتراكات التأمين الصحي بالمليون ريالا عام 2000 / الناتج المحلي الإجمالي بالمليون ريالا عام 2000) × 100

= $\frac{975.1}{649826} \times 100$

النسبة الفعلية عام 2000 = 0,15 %

يتضح من المعادلة نسبة مساهمة التأمين الصحي في الناتج المحلي الإجمالي تقل عن 1% وفق إحصائيات عام 2000م وهي نسبة ضئيلة للغاية قياساً للإمكانات المالية الهائلة التي يمكن أن يتيحها هذا النشاط.

ب- النسبة التقديرية لعام 2020م: من المتوقع أن ترتفع مساهمة اشتراكات الضمان الصحي التعاوني في الناتج المحلي الإجمالي في عام 2020م بمعدل كبير يتفاوت حسب المتوسط التقديري للقسط السنوي على النحو التالي:

النسبة التقديرية = (اشتراكات الضمان الصحي التعاوني عام 2020 بالمليار ريالا / الناتج المحلي الإجمالي التقديري في عام 2020 بالمليار ريالا*) × 100

أ- **الحد الأدنى للنسبة التقديرية لعام 2020م:** إذا بلغ الاشتراك السنوي للفرد 2500 ريالا، فيتوقع أن تكون نسبة مساهمة الضمان الصحي التعاوني إلى الناتج المحلي الإجمالي كما يلي:

= (83.7 مليار ريالا / 1465.5 مليار ريال) × 100 = 5.7%

أ- **الحد الأعلى للنسبة التقديرية لعام 2020م:** إذا بلغ الاشتراك السنوي للفرد 3000 ريالا، فيتوقع أن تكون نسبة مساهمة الضمان الصحي التعاوني إلى الناتج المحلي الإجمالي كما يلي:

= (100.5 مليار ريالا / 1465.5 مليار ريالا*) × 100 = 6.9%

وفقاً لتقديرات وزارة التخطيط الواردة في الخطة الخمسية السابعة من المتوقع أن يبلغ معدل النمو السنوي في المتوسط 4.15% للناتج المحلي الإجمالي خلال الفترة من 2000 – 2020م. وبتطبيق هذا المعدل على أساس أن حجم الناتج المحلي الإجمالي عام 2000 بلغ 649.8 مليار ريال فإن الناتج المحلي الإجمالي التقديري عام 2020 يبلغ 1465.5 مليار ريالا.

من هنا يمكن القول أن الضمان الصحي التعاوني من المصادر التي ستشكل رافداً مهما من روافد الدخل التي من المتوقع أن يزيد إسهامها في الناتج المحلي الإجمالي من 0.6% في الوقت الحالي إلى ما يتراوح ما بين 5.7% و6.9% في عام 1440هـ (2020م). وبالتالي نتوقع أن يؤدي التأمين الصحي في المستقبل دوراً مهماً لدعم الاقتصاد الوطني ضمن منظومة تشجعها الدولة لفتح قنوات لمداخيل أخرى جديدة تعتبر بدائل للنفط كمصدر رئيس للدخل في المملكة.

خاتمة : لما كان لمنتجات العمل المالي الإسلامي عموما ولخدمات التأمين التعاوني بصفة خاصة أهمية بالنسبة لاقتصاديات الدول (العربي بصفة خاصة) بمختلف قطاعاته في مجال تعبئة الموارد وتخصيصها على أفضل الاستخدامات لأغراض التنمية الاقتصادية والاجتماعية، فإنه تظهر أهمية انفتاح الدول العربية بصفة خاصة على الخدمات التأمينية الإسلامية "التعاونية"، وواقع أداءها في بيئة الأعمال الدولية وكذا التحديات التي تواجها في ظل الاختلالات المالية داخليا وخارجيا.

لذا تعتبر فكرة التأمين التعاوني أو التكافلي تقوم على التعاون على درء المخاطر وتقاسم الأرباح والخسائر بطريقة جلية من جهة ومن جهة أخرى بالتأمين التعاوني مبني على أسس وقواعد تتماشى وأحكام الشريعة الإسلامية.

كما حاولنا من خلال هذه الدراسة أن نبحث في التعرف على الوضع الراهن للتأمين الصحي التعاوني في المملكة وكذلك تحديد الرؤية المستقبلية للتأمين الصحي التعاوني وأثره على الاقتصاد السعودي حتى عام 1440هـ (2020م).

5. المراجع:

1. أقاسم نوال: "دور نشاط التأمين في التنمية الاقتصادية دراسة حالة الجزائر"، مذكرة تخرج لنيل شهادة الماجستير ، سنة 2001.
2. بريش عبد القادر، حمدي معمر: "التحديات التي تواجه صناعة التأمين التكافلي، بحث مقدم للملتقى الملتقى الدولي الأول حول: "الاقتصاد الإسلامي، الواقع ..ورهانات المستقبل"، المركز الجامعي بغرداية، 23 و 24 فيفري2011 .
3. التقرير السنوي لمجلس الضمان الصحي التعاوني 2014، المملكة العربية السعودية
4. حديدي معراج : "مدخل لدراسة قانون التأمين الجزائري"، ديوان المطبوعات الجامعية، سنة 1999.
5. حضري دليلة، بغداوي جميلة: "صناعة التأمين التكافلي في دول مختارة بين الواقع، الآفاق والتحديات"، بحث مقدم للملتقى الدولي السابع حول: "الصناعة التأمينية، الواقع العملي وآفاق التطوير –تجارب عربية"–، جامعة الشلف،03 و 04 ديسمبر 2012 .
6. صالح بن ناصر العمير: "التأمين الصحي التعاوني وأثره على الاقتصاد السعودي حتى عام 1440هـ (2020م)"، ندوة "الرؤية المستقبلية للاقتصاد السعودي حتى عام 1440هـ (2020م)"، التعاونية للتأمين، الرياض، السعودية، 19–23أكتوبر 2002.
7. عبد الرحيم عبد الحميد الساعاتي: "هل التأمين الإسلامي المركب تأمين تعاوني أم تجاري"، مجلة جامعة الملك عبد العزيز :الاقتصاد الإسلامي، المجلد 22، العدد2، 2009، 1430.
8. عبد الستار أبو غدة:" التأمين الإسلامي (التكافلي، أو التعاوني) أسسه الشرعية وضوابطه، والتكييف لجوانبه الفنية .
9. عبدة عبد المطلب، التأمين الإسلامي، 1988، دار الكتاب الإسلامي، ص:05.
10. عثمان بابكر أحمد: "التأمين التعاوني الإسلامي"، النظرية والتطبيق، وقائع الندوة رقم 43 حول التطبيقات الاقتصادية الإسلامية المعاصرة، البنك الإسلامي للتنمية، المعهد الإسلامي للبحوث والتدريب.
11. قرار مجلس هيئة كبار العلماء في المملكة العربية السعودية رقم (51) وتاريخ 1397/4/4
12. القرآن الكريم: "سورة البقرة"، جزء من الآية: 125.
13. القرآن الكريم: "سورة قريش"، جزء من الآىة:03.
14. الكتاب الاحصائي السنوي، وزارة الصحة، المملكة العربية السعودية، سنة 2014.
15. لسان العرب مادة "أمن" ج13" ، ص: 23.

16. مجلة البحوث الإسلامية الصادرة عن الرئاسة العامة لإدارة البحوث العلمية: "التأمين والبديل الإسلامي"، من العداد 17- 20.
17. المجموع شرح المهذب ج31 .
18. المجموع لشرح المهذب ج31 .
19. محمد رواس قلعبي: "مباحث في الاقتصاد الإسلامي في أصول الفقه .
20. مختار الصحاح مادة" أمن" ج1.
21. مصطفى أحمد الزرقاء:" نظام التأمين – حقيقته والرأي الشرعي فيه"، مؤسسة الرسالة ، الطبعة الرابعة، سنة 1415 ه – 1994.
22. Dorfman, Mark, Introduction to Risk Management and Insurance, 7ed (2002), Prentice Hall.